

Endurhæfingarlífeyrir eða örorkulífeyrir? Aldur, kyn og sjúkdómsgreiningar við fyrsta mat tryggingalæknis

Ágrip

**Sigurður
Thorlacius^{1,2}**

SÉRFRÆÐINGUR Í HEILA-
OG TAUGASJÚKDÓMUM

**Sigurjón B.
Stefánsson^{1,2,3}**

SÉRFRÆÐINGUR Í GEÐ-
LÆKNINGUM OG KLÍNÍSKRI
TAUGALÍFÆDLISFRÆÐI

**Halldór
Baldursson¹**

SÉRFRÆÐINGUR Í BÆKLUN-
ARSKURDLÆKNINGUM

**Haraldur
Jóhannsson¹**

SÉRFRÆÐINGUR Í HEILA-
OG TAUGASJÚKDÓMUM

Tilgangur: Að bera saman fyrsta læknisfræðilegt mat vegna endurhæfingarlífeyris og vegna örorkulífeyris á Íslandi á tímabilinu 1. september 1999 til 30. nóvember 2003 í því skyni að kanna hvar áherslur í endurhæfingu liggja.

Efniviður og aðferðir: Unnar voru upplýsingar úr skráum Tryggingastofnunar ríkisins um aldur, kyn og fyrstu sjúkdómsgreiningu þeirra sem metnir voru í fyrsta sinn til endurhæfingarlífeyris eða örorkulífeyris á Íslandi á ofangreindu tímabili.

Niðurstöður: Endurhæfingarlífeyrir var einkum metinn yngri aldurshópnum og örorka eldri aldurshópnum. Geðraskanir voru algengasta læknisfræðileg forsenda endurhæfingarlífeyris hjá báðum kynjum, en næst komu stoðkerfisraskanir, illkynja sjúkdómar og áverkar. Hjá konum voru stoðkerfisraskanir algengasta læknisfræðileg forsenda örorkulífeyris, en þessi sjúkdómflokkur hafði mun minna vægi hjá þeim sem forsenda endurhæfingarlífeyris. Þeir sem metnir voru til endurhæfingarlífeyris vegna stoðkerfisraskana voru talsvert eldri en þeir sem metnir voru vegna geðraskana.

Ályktun: Í matsgerðum tryggingalækna er lögð því meiri áhersla á endurhæfingu sem lengra er eftir af væntanlegri starfsævi.

Inngangur

Tilgangur þessarar rannsóknar er að kanna hvort samhengi er annars vegar milli aldurs, kyns og sjúkdómsgreininga og svo hins vegar hvort valið er að reyna endurhæfingu eða að meta örorku.

Endurhæfingarlífeyrir er metinn samkvæmt 8. grein laga um félagslega aðstoð (1). Ákvæðið um endurhæfingarlífeyri kom fyrst inn í lög um almannatryggingar árið 1989, en fluttist yfir í lög um félagslega aðstoð vegna gildistöku samningsins um Evrópska efnahagssvæðið árið 1993. Af greinargerð með upprunalega lagafrumvarpinu verður ráðið að tilgangur endurhæfingarlífeyris hafi verið að tryggja framfærslu einstaklinga sem vegna langvarandi sjúkdóma eða afleiðinga slysa þarfnast endurhæfingar til að ná starfsorku á ný. Endurhæfingarlífeyrir svarar fjárhagslega til örorkulífeyris, að því undanskildu að sjúkrahúsvist skerðir ekki endurhæfingarlífeyri. Ætlast er til að bótaþegi sé í virkri endurhæfingu á meðan endurhæfingarlífeyrir er greiddur.

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Stefánsson SB, Baldursson H, Jóhannsson H

Comparison of the first medical assessment for rehabilitation benefits and disability pension in Iceland September 1st 1999 to November 30th 2003

Læknablaðið 2004; 90: 681-4

Aims: To evaluate the main characteristics which differentiate between those who are considered to benefit from rehabilitation and those for whom disability pension is thought more appropriate.

Material and methods: The study includes all those fulfilling the medical criteria for rehabilitation benefits or full disability pension in their first assessment at the State Social Security Institute of Iceland between September 1st 1999 and November 30th 2003.

Results: Rehabilitation benefits were mainly awarded in younger age groups; disability pension in older age groups. Mental and behavioural disorders were the most common medical reasons for granting rehabilitation benefits among both genders, followed by disorders of the musculoskeletal system and connective tissue, malignant neoplasms and injuries. Among females disorders of the musculoskeletal system and connective tissue were the most common medical reason for granting full disability pension, but this group of disorders was a less common reason for rehabilitation benefits. Those who fulfilled the medical criteria for rehabilitation benefits due to disorders of the musculoskeletal system and connective tissue were markedly older than those who fulfilled the medical criteria for rehabilitation benefits due to mental and behavioural disorders.

Conclusion: In Iceland rehabilitation benefits are most likely to be awarded to relatively young claimants suffering from psychiatric disorders.

Keywords: rehabilitation, rehabilitation pension, disability, disability pension, social security.

Correspondance: Sigurður Thorlacius, sigurdur.thorlacius@tr.is

Örorka vegna lífeyristrygginga er metin á grundvelli laga um almannatryggingar (2). Samkvæmt 12. grein laganna er herra stig örorku (að minnsta kosti 75% örorka) metið þeim sem eru á aldrinum 16 til 66 ára og hafa verulega og langvarandi skerðingu

¹Tryggingastofnun ríkisins,
²læknadeild Háskóla Íslands,
³taugasjúkdómadeild
Landspítala

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Sigurður Thorlacius,
Tryggingastofnun ríkisins,
Laugavegi 114, 150 Reykjavík.
Sími 560 4400,
bréfsími 560 4461.
sigurdur.thorlacius@tr.is

Lykilorð: endurhæfing,
endurhæfingarlífeyrir,
örorka, örorkulífeyrir,
almannatryggingar.

Table I. Number of females and males receiving rehabilitation benefits or full disability pension (disability grade assessed as being at least 75%) for the first time in Iceland in the period September 1st 1999 - November 30th 2003 and female: male ratio.

	Females	Males	Female: male ratio
Rehabilitation benefits	1771	1207	1.47
Full disability pension	2193	1448	1.51

Table II. Age distribution of females and males receiving rehabilitation benefits or full disability pension (disability grade assessed as being at least 75%) for the first time in Iceland in the period September 1st 1999 - November 30th 2003.

Age in years	Females		Males	
	Rehabilitation benefits	Full disability pension	Rehabilitation benefits	Full disability pension
16-20	95 (5.4%)	36 (1.6%)	91 (7.5%)	38 (2.6%)
21-25	234 (13.2%)	61 (2.8%)	156 (12.9%)	38 (2.6%)
26-30	259 (14.6%)	91 (4.2%)	120 (9.9%)	61 (4.2%)
31-35	281 (15.9%)	142 (6.5%)	135 (11.2%)	66 (4.6%)
36-40	221 (12.5%)	193 (8.8%)	158 (13.1%)	112 (7.8%)
41-45	224 (12.6%)	207 (9.4%)	137 (11.4%)	161 (11.1%)
46-50	155 (8.7%)	235 (10.7%)	147 (12.2%)	171 (11.8%)
51-55	142 (8.0%)	306 (14.0%)	110 (9.1%)	203 (14.0%)
56-60	104 (5.9%)	364 (16.6%)	91 (7.5%)	239 (16.5%)
61-66	56 (3.2%)	558 (25.4%)	62 (5.2%)	359 (24.8%)
Total	1771 (100%)	2193 (100%)	1207 (100%)	1448 (100%)

á starfsgetu. Fram til 1. september 1999 var hærri örorkustigið metið á grundvelli læknisfræðilegra, fjárhagslegra og félagslegra aðstæðna, en eftir það einungis á læknisfræðilegum forsendum, að jafnaði samkvæmt sérstökum örorkumatsstaðli (3-7).

Tryggingalæknir leggur mat á læknisfræðilegar forsendur endurhæfingarlífeyris og örorkulífeyris með tilliti til umsóknar, umsagnar meðferðarlæknis (læknisvottorðs) og annarra gagna eftir því sem við á.

Efniviður og aðferðir

Upplýsingar um aldur, kyn og fyrstu sjúkdómsgreiningu (ICD-10 (8)) þeirra sem metnir höfðu verið í fyrsta sinn til endurhæfingarlífeyris (hér eftir nefndir endurhæfingarhópur) eða hærri örorkustigs lífeyris-trygginga (hér eftir nefndir örorkuhópur) á tímabilinu 1. september 1999 til 30. nóvember 2003 voru fengnar úr skrá Tryggingastofnunar ríkisins (TR). Í skránum sem unnið var með eru hvorki nöfn né kennitölur viðkomandi einstaklinga. Við tölfræðilega úrvinnslu var notað kí-kvaðrat marktæknipróf til að bera saman tvo hópa í senn (9).

Niðurstöður

Tafla I sýnir kynjaskiptingu endurhæfingarhópsins og örorkuhópsins. Ekki er marktækur munur á kynjaskiptingu hópanna ($p=0,53$).

Tafla II sýnir aldursdreifingu endurhæfingarhópsins og örorkuhópsins. Marktækur munur er á aldurs-

ursdreifingu á milli hópanna bæði hjá konum og körlum ($p<0,0001$). Einnig er marktækur munur á aldursdreifingu kvenna og karla í endurhæfingarhópnum ($p<0,0001$), en ekki í örorkuhópnum ($p=0,1$). Endurhæfingarlífeyrir er einkum metinn yngri aldurshópnum og örorkulífeyrir eldri aldurshópnum (endurhæfingarlífeyrir er hlutfallslega algengari en örorkulífeyrir hjá konum yngri en 45 ára og körlum yngri en 40 ára). Meðalaldur kvenna í endurhæfingarhópnum er 37 ár, en karla 39 ár. Meðalaldur bæði kvenna og karla í örorkuhópnum er 50 ár.

Tafla III sýnir fyrstu sjúkdómsgreiningu í matsgerð tryggingalæknis eftir sjúkdómaflokkum hjá konum og körlum í endurhæfingarhópnum og örorkuhópnum. Marktækur munur er á milli kvenna og karla á skiptingu í sjúkdómaflokka í endurhæfingarhópnum ($p<0,0001$) og örorkuhópnum ($p<0,0001$). Stoðkerfisraskanir hafa mun meira vægi hjá konum í báðum hópnum. Bæði í endurhæfingarhópnum og örorkuhópnum eru geðraskanir og stoðkerfisraskanir algengustu læknisfræðilegar forsendur mats. Marktækur munur er á skiptingu kvenna í sjúkdómaflokka í endurhæfingarhópnum og örorkuhópnum ($p<0,0001$) og sama gildir um karla ($p<0,0001$). Vægi stoðkerfisraskana er hjá báðum kynjum mun meira í örorkuhópnum en í endurhæfingarhópnum, en vægi geðraskana hins vegar meira í endurhæfingarhópnum. Mun fleiri eru metnir til endurhæfingarlífeyris en örorkulífeyris vegna krabbameins. Í endurhæfingarhópnum fá 74 konur og 14 karlar greininguna „aðhlyning sem felur í sér endurhæfingaraðferðir“ (Z50 samkvæmt ICD 10 (8)). Þar er einkum um að ræða óvinnufært fólk sem tók þátt í samvinnuverkefni TR og félagsþjónustu sveitarfélaga um endurhæfingu, annars vegar einstæðar mæður og hins vegar fólk í áfengis- og/eða fíkniefnavanda.

Mynd 1 sýnir aldursdreifingu kvenna og karla í endurhæfingarhópnum og örorkuhópnum sem hafa geðröskun eða stoðkerfisröskun sem fyrstu sjúkdómsgreiningu í matsgerð tryggingalæknis. Marktækur munur er á aldursdreifingunni í þessum tveimur undirhópum (geðraskanir eða stoðkerfisraskanir sem fyrsta greining) bæði hjá konum og körlum ($p<0,0001$). Í endurhæfingarhópnum er meðalaldur kvenna sem hafa geðröskun sem fyrstu greiningu 33 ár og karla 34 ár, en meðalaldur kvenna sem hafa stoðkerfisröskun sem fyrstu greiningu er 38 ár og karla 41 ár. Í örorkuhópnum er meðalaldur kvenna sem hafa geðröskun sem fyrstu greiningu 44 ár og karla 43 ár, en meðalaldur bæði kvenna og karla sem hafa stoðkerfisröskun sem fyrstu greiningu er 52 ár.

Umræða

Í þessari rannsókn kemur fram að marktækur munur er hjá báðum kynjum á aldursdreifingu þeirra sem metnir hafa verið til endurhæfingarlífeyris og örorku-

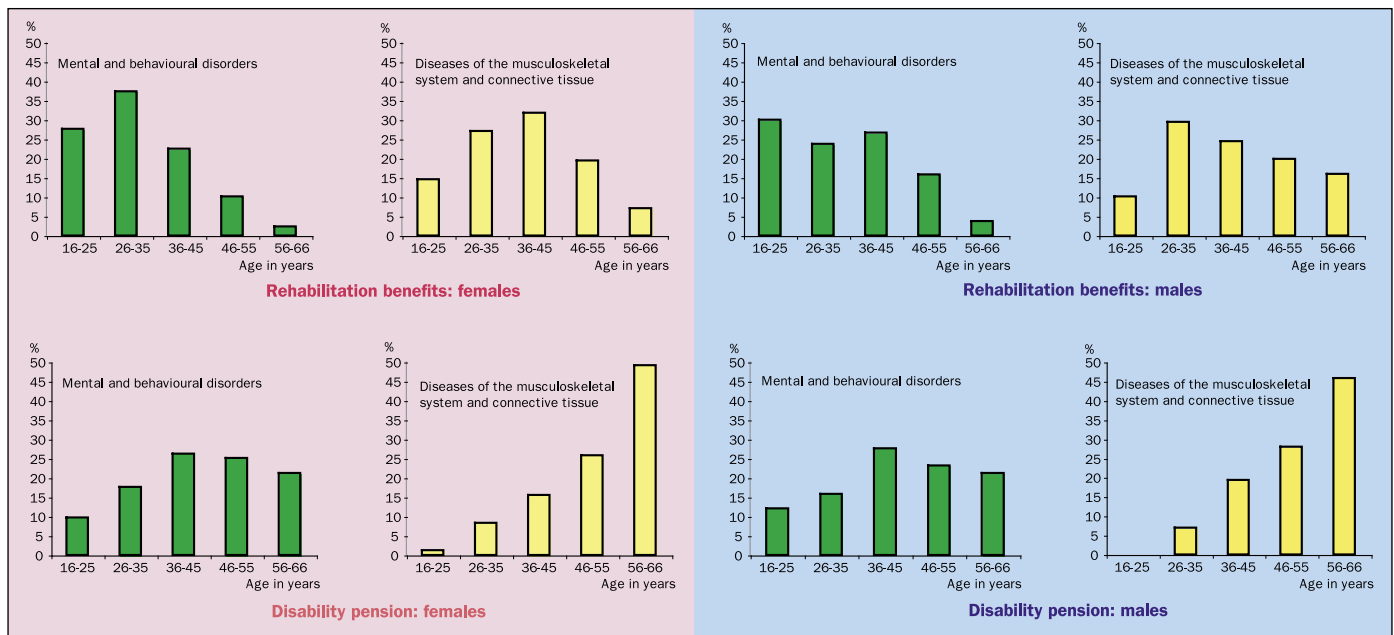


Table III. First diagnosis* among females and males receiving rehabilitation benefits or full disability pension (disability grade assessed as being at least 75%) for the first time in Iceland in the period September 1st 1999 - November 30th 2003.

Diagnostic groups	Females		Males	
	Rehabilitation benefits	Full disability pension	Rehabilitation benefits	Full disability pension
Mental and behavioural disorders	622 (35.1%)	482 (22.0%)	531 (44.0%)	379 (26.2%)
Disorders of the musculoskeletal system and connective tissue	412 (23.3%)	939 (42.8%)	176 (14.6%)	336 (23.2%)
Malignant neoplasms	309 (17.4%)	138 (6.3%)	142 (11.8%)	127 (8.8%)
Injuries	142 (8.0%)	107 (4.9%)	150 (12.4%)	137 (9.4%)
Care involving use of rehabilitation procedures	74 (4.2%)	0 (0.0%)	14 (1.2%)	0 (0.0%)
Diseases of the circulatory system	49 (2.8%)	123 (5.6%)	105 (8.7%)	201 (13.9%)
Diseases of the nervous system and sense organs	39 (2.2%)	159 (7.2%)	29 (2.4%)	118 (8.1%)
Diseases of the respiratory system	26 (1.5%)	85 (3.9%)	8 (0.6%)	56 (3.9%)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	23 (1.3%)	44 (2.0%)	18 (1.5%)	27 (1.9%)
Diseases of the digestive system	17 (1.0%)	21 (1.0%)	8 (0.6%)	11 (0.7%)
Diseases of the skin and subcutaneous tissues	16 (0.9%)	24 (1.1%)	8 (0.6%)	9 (0.6%)
Benign neoplasms	9 (0.5%)	6 (0.3%)	4 (0.4%)	0 (0.0%)
Diseases of the genitourinary system	7 (0.4%)	16 (0.7%)	1 (0.1%)	7 (0.5%)
Other diagnoses	26 (1.4%)	49 (2.2%)	13 (1.1%)	40 (2.8%)
Total	1771 (100%)	2193 (100%)	1207 (100%)	1448 (100%)

* According to the International classification of diseases (8)

Figure 1. Age distribution of females and males fulfilling medical criteria for rehabilitation benefits or full disability pension at first assessment between September 1st 1999 and November 30th 2003 with a first diagnosis of mental and behavioural disorders or disorders of the musculoskeletal system and connective tissue.

lífeyris. Endurhæfingarlífeyrir er einkum metinn yngri aldurshópnum og örorkulífeyrir eldri aldurshópnum. Rannsóknin sýnir þannig að hér á landi er lögð því meiri áhersla á endurhæfingu sem lengra er eftir af væntanlegri starfsævi.

Tryggingalæknir í TR metur hvort læknisfræðilegum skilyrðum endurhæfingarlífeyris eða örorkulífeyris er fullnægt og setur sjúkdómsgreiningar í matsgerð sína. Ætlast er til að sjúkdómsgreiningum í matsgerð sé raðað eftir vægi miðað við færniskerðingu. Til grundvallar matsgerð tryggingalæknis og sjúkdómsgreiningu í matsgerð liggur læknisvottorð, umsókn

um endurhæfingarlífeyri eða örorkulífeyri og í sumum tilvikum fleiri gögn. Í læknisvottorði sem liggur til grundvallar matsgerð setur vottorðsgjafi eina eða fleiri sjúkdómsgreiningar. Röð sjúkdómsgreininga á vottorði á að vera eftir vægi með tilliti til færniskerðingar. Ekki er víst að vottorðsgjafi og tryggingalæknir séu hér á sama máli. Verið getur að vottorðsgjafi eða tryggingalæknir leggi mesta áherslu á þau atriði sem hann hefur haft mest afskipti af eða þekki best, til dæmis í sérgrein sinni. Vottorðsgjafi (meðferðarlæknir) nefnir ef til vill fyrst þær sjúkdómsgreiningar sem hann telur líklegastar til að leiða til jákvæðrar

niðurstöðu (bótagreiðslu) fyrir sjúkling sinn.

Í könnun sem nýlega var gerð í Noregi voru lækningar spurðir hvort það kæmi fyrir að þeir höguðu upplýsingagjöf sinni í vottorðum meðvitað þannig að þeir lýstu aðstæðum sjúklings með þeim hætti að sem mestar líkur væru á að þeir fengju þær bætur sem þeir væru að sækja um. Svöruðu 39% lækna þeirri spurningu játandi (10).

Oft eru fleiri en ein sjúkdómsgreining í læknisvottorði og í örorkumati. Þá er stundum fjallað um samverkandi farniskerðingu og getur verið ókleift að einangra áhrif hvers þáttar í heildarfarniskerðingu. Sá þáttur sem alvarlegastur er í heilsufarslegu tilliti og er því meðferðarlækni efst í huga, þarf ekki að vera sá sem skerðir færni mest.

Þrátt fyrir þá fyrirvara sem hér hefur verið lýst telja höfundar fyrstu greiningu í matsgerð tryggingalæknis gefa nægilega sterkar vísendingar um læknisfræðilegar forsendur endurhæfingarlífeyris og örorkulífeyris til þess að hægt sé að draga af henni ályktanir. Í þessari rannsókn er því horft til þeirrar sjúkdómsgreiningar sem tryggingalæknir hefur fyrsta (ef þær eru fleiri en ein) í matsgerð sinni, þegar læknisfræðilegar forsendur endurhæfingarlífeyris og örorkulífeyris eru skoðaðar.

Í rannsókn sem náði til allra sem metnir höfðu verið til örorku og voru búsettir á Íslandi þann 1. desember 2002 höfðu 32% kvenna og 42% karla sem metin höfðu verið til herra örorkustígsins (að minnsta kosti 75% örorku) geðröskun sem fyrstu sjúkdómsgreiningu. Jafnframt kom fram að algengi örorku vegna geðraskana hefur á undanförunum árum farið vaxandi (11).

Á því tímabili sem núverandi rannsókn spannar voru geðraskanir algengasta læknisfræðileg forsenda endurhæfingarlífeyris hjá báðum kynjum. Mikil áhersla á endurhæfingu vegna geðraskana er því í samræmi við vægi geðraskana í örorku hér á landi.

Geðraskanir og stoðkerfisraskanir eru tveir algengustu sjúkdómaflokkarnir bæði í endurhæfingarhópnunum og örorkuhópnum. Mikill munur er hins vegar á hlutfallslegu vægi þessara tveggja sjúkdómaflokka í hvorum hópi fyrir sig, með áherslu á endurhæfingu vegna geðraskana en á örorku vegna stoðkerfisraskana. Því var skoðuð aldursdreifing þeirra sem metnir voru til endurhæfingarlífeyris eða örorkulífeyris á grundvelli hvors þessara sjúkdómaflokka fyrir sig. Þeir sem metnir voru til endurhæfingarlífeyris vegna stoðkerfisraskana reyndust talsvert eldri en þeir sem metnir voru vegna geðraskana. Fólk með geðraskanir sem fyrstu greiningu kemur fyrr til mats en fólk með stoðkerfisraskanir sem fyrstu greiningu, hvort sem litið er á endurhæfingarhópin eða örorkuhópin. Hugsanleg skýring er að geðraskanir valda oft verulegri farniskerðingu þegar á unga aldri, en stoðkerfisraskanir eru oft tengdar hrörnun og valda fremur farniskerðingu seinna á ævinni.

Heimildir

1. Lög um félagslega aðstoð nr. 118/1993.
2. Lög um almannatryggingar nr. 117/1993.
3. Baldursson H, Jóhannsson H. Nýr staðall fyrir örorkumat á Íslandi. Læknablaðið 1999; 85: 480-1.
4. Thorlacius S. Breytt fyrirkomulag örorkumats á Íslandi og starfræn endurhæfing á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Læknablaðið 1999; 85: 481-3.
5. Reglugerð heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um örorkumat nr. 379/1999.
6. Thorlacius S, Stefánsson S, Jóhannsson H. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. Læknablaðið 2001; 87: 721-3.
7. Thorlacius S, Steínsson S, Jóhannsson H. Incidence of disability pension in Iceland before and after introduction of the British functional capacity evaluation "All work test". Disability Medicine 2003; 3: 5-8.
8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth revision. World Health Organization, Geneva, 1994.
9. Bland M. An Introduction to Medical Statistics. Oxford University Press, 1995.
10. Gulbrandsen P, Aasland OG, Førde R. Legeattester for å hjelpe pasienten. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 192-4.
11. Thorlacius S, Stefánsson SB. Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002. Læknablaðið 2004; 90: 21-5.